

CRISTIANE RODRIGUES WALTRICK

**CONCEPÇÕES DE SAÚDE E PROMOÇÃO À SAÚDE DOS
ESTUDANTES DE MEDICINA DA UFSC**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.

FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA

2001

CRISTIANE RODRIGUES WALTRICK

**CONCEPÇÕES DE SAÚDE E PROMOÇÃO À SAÚDE DOS
ESTUDANTES DE MEDICINA DA UFSC**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.

Coordenador do curso: Prof. Edson José Cardoso

Orientador: Prof. Marco Aurélio da Ros

FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA

2001

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pelo incentivo e por me proporcionarem a possibilidade de cursar esta faculdade.

Ao meu orientador, Marcão, por sua amizade, dedicação e por me revelar uma “outra Medicina”.

Ao Pedrão, pelos momentos de alegria e por me mostrar o caminho de ligação à *Patcha Mama* e ao *Grande Espírito*. Valeu aquele *Temazcal* !

Ao professor Zulmar, Cutolo, ao Aurélio, Marcelo Dalla e aos estudantes de medicina que tornaram possível a realização deste trabalho.

Ao Jean, pelo companheirismo mesmo nas longas horas dispensadas para a construção deste trabalho de conclusão de curso.

A todos os amigos, que ajudam a tornar a vida mais cheia de gargalhadas.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVO.....	7
3. MÉTODO.....	8
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	11
5. CONCLUSÕES.....	29
6. REFERÊNCIAS.....	31
RESUMO.....	33
SUMMARY.....	34

1. INTRODUÇÃO

A OMS (Organização Mundial de Saúde) define saúde como “o completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença.” Este conceito é passível de críticas, principalmente no que diz respeito ao “completo bem-estar”, algo difícil de ser alcançado. Quanto à influência dos aspectos físicos, psicológicos e sociais, não há dúvidas a respeito de sua importância. (DA ROS, 2000)¹

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde apresenta uma conceituação mais ampla para saúde, com enfoque à organização da sociedade:

“Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.” (NESCO, 1989, p.44)²

E, ainda, segundo a OPAS (2000)³, saúde é:

“o produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo de toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde.” (OPAS/OMS, 2000, p.16, minha tradução)³

Estas concepções mais abrangentes do processo saúde-doença levaram ao surgimento de um novo entendimento, nos últimos 25 anos, do que chamamos de “promoção à saúde”, um movimento que resgata a:

“revalorização do social como fonte e explicação dos problemas de saúde e como recurso a ser mobilizado para enfrentar os mesmos, representando uma importante reação à biologização da saúde pública que marcou os primeiros 70 anos deste século, desde o surgimento da teoria microbiológica.” (OPAS, 2000, p. 16, minha tradução)³

As atividades de promoção à saúde estão mais dirigidas, então, ao coletivo de indivíduos e ao ambiente (físico, social, político, econômico e cultural), através de políticas públicas e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde, e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades.³

Carmen Lavras⁴, em entrevista à revista Promoção da Saúde, defende a mesma idéia:

“Promoção à saúde é hoje amplamente utilizado para denominar um conjunto de ações estratégicas, de natureza diversa, porém sempre voltadas ao enfrentamento de problemas sociais e a melhoria da qualidade de vida e saúde dos cidadãos e das comunidades.

A utilização deste conceito pressupõe ainda a ação integrada entre Estado e Sociedade; a ampla participação social e comunitária; bem como, a integração das políticas públicas e a ação intersetorial.”

Este entendimento de promoção à saúde vem nos mostrar que não é o médico o detentor de todas as ações de saúde; ele é apenas um agente que contribui para uma interação complexa que vem a constituir a saúde de um indivíduo ou comunidade.

Um outro conceito de saúde: *“capacidade de reagir”*, defendido pela Cooperativa Central de Reforma Agrária de Santa Catarina⁵, nos faz pensar em outros caminhos para promover a saúde, através da reação a uma situação que oprime e do estímulo à vida, que pode ser prazerosa. Neste contexto, a força individual e a crença na possibilidade de mudança seriam imprescindíveis na

conquista da saúde (LOTUFO, 1999)⁶, mas o médico poderia auxiliar neste processo se conhecesse seu paciente e descobrisse o estímulo necessário para religá-lo na vida, para alcançar o conceito denominado de “felicidade geral” (WAITZKIN apud CUTOLO, 2001)⁷.

Apesar da existência de concepções de saúde e promoção à saúde tão amplas, não são estas as que observamos no ensino médico atualmente (FEUERWERKER, 1998)⁸. O espelho disto são as concepções que os estudantes de medicina têm em relação a este tema, já que a escola é a responsável por determinar a concepção da saúde e da doença (OPS, 1976)⁹, influenciando os estudantes no desenvolvimento de suas atitudes e de suas responsabilidades sociais (CUTOLO, 2000)¹⁰. CUTOLO propõe que :

“O núcleo da questão educacional médica se concentra na concepção saúde-doença que a Escola Médica e seus integrantes docentes possuem.” (CUTOLO, 2001, p.10)¹⁰

Considerando este pressuposto resolvi investigar as concepções de saúde e promoção à saúde dos estudantes de medicina. Para o desenvolvimento desta pesquisa, foi necessária a realização de um pré-teste, com entrevistas aos estudantes sobre o seu entendimento em relação à promoção à saúde (será melhor explicado no capítulo MÉTODO). As entrevistas demonstraram a restrição do conceito de promoção à saúde ao ato médico, desvinculado de ações no meio político, econômico e social:

“ Promoção à saúde consiste em prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças”.

“ É fornecer todo meio necessário para prevenção, diagnóstico e tratamento de qualquer doença (médicos, agentes de saúde, ambulatórios, hospitais, etc).”

Estes conceitos onde saúde não inclui aspectos sociais, têm, entre suas possíveis origens, as descobertas microbiológicas, no final do século XIX, que

levaram Behring a afirmar que agora o estudo das doenças infecciosas poderia ser levado adiante sem a necessidade de um desvio para considerações e reflexões sobre política social (ROSEN,1980)¹¹. Segundo BARATA:

“Para a ciência dominante, a bacteriologia veio liberar a medicina dos complexos determinantes econômicos, sociais e políticos que a impediam de desenvolver-se cientificamente”. (BARATA, 1985, p.20)¹²

Assim, a concepção de causação social, iniciada por revolucionários no final do século XVIII, estava sendo deslocada pela nova formulação unicausal: para cada doença, um agente etiológico deveria ser identificado e combatido.¹²

As repercussões deste reducionismo biologicista sobre o ensino médico tornaram-se mais marcantes a partir do que ficou conhecido como Relatório Flexner – *“ Medical Education in the United States and Canadá – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching”*, publicado em 1910, e aplicado integralmente no Brasil a partir da década de 50¹⁰. Baseava-se em um modelo de ensino hospitalocêntrico, biologicista, positivista e com concepção mecanicista e fragmentadora do corpo humano.¹

O objeto de estudo passava a ser o indivíduo, ou melhor, os sistemas e os órgãos isolados do corpo deste indivíduo. Excluída, de certa forma, a visão de totalidade, a doença é encarada como um processo natural, biológico, excluindo-se a causalidade social, favorecendo o exercício da visão mecanicista. (SANTOS apud CUTOLO,1986)¹³

Outro aspecto observado no pré-teste foi o enfoque dos alunos à * prevenção de doenças aliada à educação da população como meio de realizar a promoção à saúde:

“Fazer campanhas para prevenir doenças, orientar a população em relação à saúde, tirar dúvidas dos pacientes”.

“O médico é o principal vetor de informações a seus pacientes. Além disso, inspira confiança.”

“ ... promovendo palestras à população em geral, esclarecendo e salientando as principais formas de promoção/prevenção de doenças.”

Estas respostas identificam-se com a concepção higienista-preventivista do processo saúde-doença, de que fazem parte a Educação Sanitária e a Medicina Preventiva, as quais têm suas origens na Grécia e Roma antigas, onde já existia a noção de que praticar a higiene era uma forma de garantir mudanças de comportamentos para que as pessoas não adoecessem. Mais tarde, no século XVIII, preconiza-se a educação e informação em saúde para que as pessoas possam inclusive mudar a realidade social.¹ DA ROS¹ explica como este estilo de pensamento, apesar de apresentar um forte componente de investigação baseado na epidemiologia clássica multicausal, reproduz o modelo unicausal, culpando o indivíduo por seu processo patológico:

“Educação sanitária tem portanto, as seguintes características: higiene (ou cuidados) individuais para evitar doenças - que são responsabilidade dos indivíduos (ou de seus pais que não lhe garantem educação); estes cuidados, embora sejam pensados de várias maneiras, por exemplo, saneamento do meio ambiente, evitar fatores de risco, habitação arejada, etc., características da multicausalidade, são para evitar a entrada do agente causal - portanto, concepção de saúde claramente biologicista . Há uma negação explícita da determinação social do processo saúde-doença. Nas características deste EP (Estilo de Pensamento), apresenta-se ainda, uma concepção de que o educador é conhecedor da “verdade científica” e que deve inculcar tal conhecimento em uma população, objeto do planejamento em saúde dos técnicos.” (DA ROS, 2000, p.133-4)¹

A Medicina Preventiva apresenta as mesmas características, baseando-se em um modelo multicausal mas preservando a prática individualizada, retirando os aspectos sociais do foco das atenções sobre o processo saúde-doença. Também guarda princípios da lógica higienista.¹

Tentando resgatar a prática profissional humanista, surge no Brasil, na década de 70, o Movimento Sanitário, defendendo a Reforma Sanitária, com a criação de um sistema de saúde com direito para todos e dever do Estado.¹

Este movimento, em conjunto com movimentos semelhantes na América Latina, consegue colocar na Constituição de 1988 o direito universal à saúde, criando um Sistema Único de Saúde (SUS). Neste, a saúde tem componentes que envolvem claramente os aspectos sociais.

Concomitantemente a OPAS (Organização Panamericana de Saúde) e a própria medicina tradicional passam a entender que é necessário transformar a forma de vida das pessoas para que modifiquem sua saúde.¹ De qualquer forma, ambos movimentos focalizam a promoção à saúde como ação principal.

No entanto, este discurso não foi ainda introjetado nas faculdades de medicina, que continuam presas ao velho modelo de currículo importado dos EUA ao final dos anos 50⁸. Exemplo disto são os achados relatados anteriormente no pré-teste.

Tendo em vista a grande necessidade de um entendimento de promoção à saúde no seu sentido mais amplo, e partindo do pressuposto de que as escolas médicas e, conseqüentemente, os estudantes de medicina não absorveram ainda esta concepção, decidiu-se investigar as concepções de saúde e de promoção à saúde dos estudantes de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), para um melhor entendimento do atual ensino médico nesta universidade.

2. OBJETIVO

Contribuir para o entendimento do processo de formação do pensamento médico através da análise das concepções de saúde e promoção à saúde dos acadêmicos da 9ª fase de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

3. MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de análise de conteúdo (MINAYO, 1999), realizada através de uma entrevista estruturada aplicada aos alunos da 9ª fase de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no 1º semestre de 2001. Foi escolhida esta turma para analisar as concepções de saúde e promoção à saúde que os alunos têm antes de passar pelo Internato em Saúde Pública, que ocorre na 10ª fase, pois temos a hipótese de que é a partir deste momento que se começa a falar mais intensamente em promoção à saúde.

Antes de aplicar a entrevista, um pré-teste foi realizado com cinco acadêmicos da 9ª fase de medicina da FURB, que estão iniciando o estágio prático em Saúde Pública. Os alunos responderam por escrito a três perguntas, durante atendimento em ambulatório, sob a supervisão de um professor, que explicou aos alunos que se tratava de um trabalho de conclusão de curso de medicina que pretendia investigar as concepções do conteúdo proposto pelo questionário. O professor também ficou responsável por observar o tempo gasto pelos alunos para responder o questionário e as dúvidas ou perguntas feitas por eles para o entendimento do questionário. As questões foram:

1. O que você entende por promoção à saúde?
2. É papel do médico realizar promoção à saúde? Se sim, como? Se não, quem deve realizá-la?
3. Qual é o seu entendimento do que é saúde?

Tendo em vista a grande difusão do conceito de saúde da OMS e a indução que a terceira pergunta poderia proporcionar em relação à primeira e à segunda, decidiu-se que a terceira pergunta deveria ser aplicada somente após a primeira e a segunda terem sido respondidas.

Devido à probabilidade de encontrar respostas não condizentes com a verdadeira prática clínica, entre as trajetórias possíveis, pensou-se em aplicar um caso clínico em vez de perguntas tão conceituais. Porém, percebemos que o próprio caso clínico, com informações relevantes sobre o paciente (como problemas familiares ou sócio-econômicos), poderia induzir muito mais as respostas dos alunos.

Os resultados do pré-teste demonstraram que a maioria dos alunos concebe o médico como centralizador das ações de saúde (entendida como a ausência de doença), onde a promoção à saúde é realizada apenas no consultório, através da orientação/prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças. Somente um aluno fez referência a uma abordagem multidisciplinar na promoção à saúde, embora provavelmente induzido pela 2ª pergunta, que sugere que deve haver outros profissionais capazes de promover saúde. Quanto ao entendimento de saúde, a maioria segue o conceito da OMS, e apesar desta pergunta não ter sido feita separadamente, não levou à indução das outras (a promoção à saúde torna-se apenas a cura de doenças, não envolvendo aspectos psicológicos e sociais). Apenas um aluno tem um conceito mais amplo de saúde, que engloba trabalho, educação, família e auto-estima.

Com o pré-teste, concluiu-se que o questionário era adequado para ser aplicado, exceto a 2ª pergunta, que sofreu uma alteração para que não houvesse indução das respostas:

2. É papel do médico realizar promoção á saúde? Como?

Quanto à 3ª pergunta, decidiu-se que não haveria necessidade de ser respondida separadamente.

O questionário aplicado aos estudantes da 9ª fase de Medicina da UFSC foi realizado em sala de aula, na presença de um professor que informou aos alunos o mesmo que foi dito no pré-teste. De uma turma de 51 alunos, 35(todos os presentes) responderam o questionário, em 10 minutos, (tempo livre, não

estipulado pelo professor). No início, reclamaram por se tratarem de questões subjetivas, e não tiveram questionamentos para o entendimento das perguntas. Somente 3 alunos conversaram rapidamente durante as respostas.

Cada questionário recebeu um número (Q1 a Q35), que foi utilizado para identificar as respostas dos alunos, citadas nos resultados.

Como não se tinha uma idéia fechada de como seria realizada a análise dos questionários antes das respostas, esta foi construída no decorrer do trabalho.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As respostas ao questionário permitiram sua classificação em categorias de acordo com cada uma das 3 perguntas. Estas categorias são mutuamente exclusivas, ou seja, uma resposta não foi incluída em mais de uma categoria, e o conjunto de categorias é exaustivo, isto é, permite a inclusão de qualquer resposta em uma das categorias do conjunto.¹⁴

As respostas à primeira pergunta do questionário – O que você entende por promoção à saúde ? – numa primeira avaliação puderam ser divididas em cinco categorias, conforme pode ser visualizado na tabela I.

Tabela I: Distribuição em categorias das respostas dos alunos à pergunta: O que você entende por promoção à saúde ?

Categoria	Nº	%
Prevenção de doenças / Medicina Preventiva	14	40,00%
Bem-estar geral / Qualidade de vida	08	22,85%
Inclui atenção aos doentes	07	20,00%
Prevenção + Bem-estar	02	5,70%
Não se enquadra	04	11,40%
Total	35	100,00%

Os alunos que definiram promoção à saúde como sendo prevenção de doenças, enfatizando aspectos da Medicina Preventiva - basicamente vacinação, medidas de higiene, saneamento básico, alimentação adequada, exames para detecção precoce de doenças – tiveram suas respostas enquadradas na categoria

Prevenção de doenças / Medicina Preventiva. As respostas que relacionaram promoção à saúde com qualidade de vida (alimentação, educação, trabalho, lazer) ou com bem-estar geral (orgânico, emocional, social, econômico) foram classificadas na categoria **Bem-estar geral / Qualidade de vida**. A categoria **Prevenção + Bem-estar** inclui as respostas que abordaram tanto a prevenção às doenças quanto aspectos relacionados à qualidade de vida. Os alunos que incluíram entre as medidas de promoção à saúde o atendimento aos doentes, mesmo que tenham focado também prevenção e qualidade de vida, tiveram suas respostas identificadas na categoria **Inclui atenção aos doentes**. A categoria **Não se enquadra** refere-se às respostas que não puderam ser classificadas em nenhuma das categorias acima por abordarem aspectos diversos aos listados ou por não serem claras o suficiente para permitir uma classificação. Os dados sugerem que grande parte dos alunos (40%) confundem promoção à saúde com prevenção de doenças, não conseguindo dissociar os dois conceitos:

“ Promoção à saúde é a prevenção.” (Q27)

“ Promover a saúde significa impedir que o indivíduo se torne doente. Para isto é necessário investir em prevenção.” (Q32)

Os preceitos da Medicina Preventiva aparecem mesclados à orientação e educação da população:

“ É promover a prevenção de doenças junto à população, esclarecer o paciente sobre noções de higiene, saneamento básico”. (Q12)

“ É evitar a doença, com informação à população, educação, promover uma medicina preventiva dentro da população.” (Q33)

“ Promover a saúde é disseminar conhecimentos de hábitos de vida saudável; é promover medidas profiláticas a determinadas patologias ...” (Q26)

“ É o conjunto de medidas através de exames preventivos, informação repassada aos pacientes para profilaxia e/ou diagnósticos precoces, medidas políticas para estruturar e capacitar o sistema de saúde.” (Q13)

Ao considerar que promover saúde é o mesmo que prevenir doenças, está se admitindo que saúde é o antônimo de doença, o que não condiz com as concepções atuais, nas quais saúde é considerada como não sendo apenas a ausência de doença. (OMS)

O **bem-estar geral** ou a **qualidade de vida** são enfatizados por 8 alunos (22,85%):

“ Promoção à saúde é proporcionar um bem-estar geral.” (Q16)

“ Promover o bem-estar social, psíquico e físico dos membros de uma comunidade.” (Q15)

Apesar de falar em qualidade de vida, esta é entendida eludindo os aspectos sociais:

“ Orientar, promover e desenvolver atitudes que beneficiem a saúde dos pacientes, visando melhor qualidade de vida, tanto física quanto psiquicamente.” (Q19)

Outros restringem as medidas de promoção à saúde ao **indivíduo**, negando a importância da coletividade para a conquista da saúde.

“ Ato de aprimoramento do bem-estar do indivíduo.” (Q22)

“ Oferecer ao indivíduo boas condições sociais, econômicas, psíquicas e orgânicas, para que viva com qualidade de vida.” (Q3)

O **atendimento aos doentes** é incluído entre as ações de promoção à saúde por 7 alunos (20%). Destes, 5 (14,28%) falam também em prevenção:

“ Todas as medidas que visam a prevenção e o tratamento de eventuais patologias.” (Q31)

“ É fazer com que as pessoas não fiquem doentes e se elas ficarem, tratá-los da melhor forma possível. ” (Q29)

“ Trabalhar para prevenir e curar doenças. ” (Q20)

Qualidade de vida aliada a atenção ao doente aparece em uma resposta dessas 7 :

“ Promover a melhoria da qualidade de vida, procurando aliviar os sofrimentos dos enfermos. ” (Q17)

Porém, esta concepção de qualidade de vida aparece como melhora das condições do doente, e não como bem-estar geral de uma pessoa saudável.

Na última resposta das 7 que incluem à promoção à saúde o atendimento aos doentes, observa-se também enfoque à prevenção e à qualidade de vida:

“ Promoção do bem-estar da população em geral visando não somente a cura de doenças mas também prevenção e qualidade de vida. ” (Q23)

Nenhum aluno considerou o atendimento aos doentes como único meio de promoção à saúde.

Dois alunos (5,7%) destacaram simultaneamente **prevenção e bem-estar geral**:

“ Prevenção das doenças, melhoria da qualidade de vida, física, moral, social e espiritualmente. ” (Q14)

“ Prevenção de doenças, qualidade de vida, alimentação, lazer, habitação. Atendimento médico gratuito, empregos. ” (Q28)

Quatro respostas (11,4%) não puderam ser enquadradas por terem sido pouco explicativas ou enfatizarem ações diferentes das propostas pelas outras quatro categorias gerais:

“ Promoção à saúde são todas as ações e medidas tomadas, quer sejam governamentais ou individuais, em prol da saúde de uma única pessoa ou de toda uma coletividade. ” (Q5)

“Qualquer manobra ou ato, por parte dos profissionais desta área ou dos meios de comunicação, que vise a divulgação ou outras manobras que permitam uma melhora social da saúde à sociedade como um todo ou por meio de pesquisas para aperfeiçoamento das técnicas.” (Q35)

Numa segunda aproximação, ainda em relação à primeira pergunta, percebeu-se que outros aspectos não caracterizados na tabela I foram enfocados pelos alunos, permitindo um desmembramento da mesma (tabela II). Os itens desta tabela não são mutuamente exclusivos, e nem todos os alunos entraram em algum desses itens, razão pela qual o total de respostas não soma 100%.

Tabela II: Distribuição das respostas dos alunos em outros itens não listados na tabela 1, referentes à pergunta: O que você entende por promoção à saúde?

Aspectos enfatizados	Nº	%
Administrativos (acesso aos serviços de saúde)	06	17,10%
Psíquicos	06	17,10%
Sociais	05	14,28%
Envolvimento de outros profissionais (além do médico)	03	8,57%
Econômicos	01	2,80%

Na tabela II encaixam-se respostas que não haviam sido enquadradas na tabela I, como as que abordam **aspectos administrativos**, no que diz respeito ao **acesso aos serviços de saúde**:

“Fazer com que todas as pessoas tenham acesso à saúde, que o sistema de saúde funcione e esteja ao alcance de todos.” (Q2)

O **acesso aos serviços de saúde** aparece associado à prevenção de doenças em 3 respostas:

“ Estabelecer meios para que a saúde possa fazer parte do dia-a-dia da população: facilitar o acesso à saúde, estabelecer regras para a prevenção de doenças, etc.” (Q8)

“ Facilitar o acesso das pessoas ao sistema de saúde bem como promover a medicina preventiva. (Q34)

“ Medidas que façam com que os meios assistenciais não somente sejam acessíveis à toda população, mas também que vá até ela e promova principalmente a prevenção das doenças.” (Q1)

Os **aspectos psíquicos** mostram-se aliados aos econômicos e sociais ou apenas junto ao bem-estar orgânico:

“ Orientar, promover e desenvolver atitudes que beneficiem a saúde dos pacientes, visando melhor qualidade de vida , tanto física quanto psiquicamente.” (Q19)

“ Desenvolver junto à comunidade a conscientização do bem-estar psíquico e físico, através de programas de prevenção e lazer, emprego, etc.” (Q30)

Cinco alunos (14,28%) lembram a **sociedade**, enfatizando outros fatores em conjunto:

“ Prevenção das doenças, melhoria da qualidade de vida, física, moral, social e espiritualmente.” (Q14)

“ Promover o bem-estar biopsicossocial.” (Q7)

Outros profissionais, além do médico, são lembrados como agentes de promoção à saúde em 3 respostas, apenas:

“ Promoção à saúde envolve vários processos médicos e não médicos. Inclui prevenção primária, com vacinações, saneamento básico, alimentação

adequada da população, etc., assistência adequada ao doente e tratamento das doenças.” (Q9)

“ É a atuação de todas as pessoas (profissionais da saúde ou não) desde a prevenção de doenças até a recuperação de doentes.” (Q4)

As condições **econômicas** são ressaltadas por apenas um aluno:

“ Oferecer ao indivíduo boas condições sociais, econômicas, psíquicas e orgânicas, para que viva com qualidade de vida.” (Q3)

A segunda pergunta do questionário possui duas partes: É papel do médico realizar promoção à saúde ? Como ? Quanto à primeira parte, todos os alunos responderam que é papel do médico realizar a promoção à saúde. Quando esta pergunta foi criada, pensou-se que alguns estudantes, por terem um entendimento diferenciado de promoção à saúde, respondessem que não é papel do médico (e sim do Estado ou de outros profissionais) ou, ainda, que não é apenas uma função do médico, mas apenas um aluno fez referência a esse aspecto, dizendo que:

“ É também do médico.” (Q9)

Uma hipótese proposta para estes resultados é que deve ter havido um interpretação diferente da pergunta por parte dos alunos, imaginando que deveriam responder apenas se é papel do médico ou não realizar promoção à saúde, não cabendo discutir se outros profissionais também deveriam realizar este trabalho. Esta pode ter sido uma falha na escolha da pergunta, que foi construída desta maneira para evitar que houvesse a indução das respostas, como ocorreu no pré-teste, onde a antiga pergunta - É papel do médico realizar promoção à saúde ? Se sim, como ? Se não, quem deve realizá-la ? – foi modificada pela possibilidade de direcionar o pensamento para a existência de outros profissionais capazes de realizar promoção à saúde. Outra hipótese é que

na verdade os estudantes de medicina concebem que o médico é o detentor de todas as ações de saúde, aqui entendida como a ausência de doença.

A segunda parte da segunda pergunta pôde ser dividida em 9 categorias (tabela III). Estas categorias são semelhantes às estabelecidas na primeira pergunta, revelando sua redundância (um limite do instrumento aplicado).

Tabela III: Distribuição em categorias das respostas dos alunos à 2ª parte da pergunta : É papel do médico realizar promoção à saúde ? Como ?

Categoria	Nº	%
Medidas preventivistas	5	14,28%
Tratamento / atendimento aos doentes	3	8,57%
Educação / orientação	2	5,70%
Prevenção + tratamento	7	20,00%
Prevenção + educação	9	25,70%
Educação + tratamento	1	2,85%
Medidas mais amplas	2	5,70%
Respostas pouco claras	4	11,42%
Medidas amplas, não muito claras	3	8,57%
Total	35	100,00%

A categoria **Prevenção de doenças / Medicina Preventiva** da tabela I identifica-se com a categoria **Medidas Preventivistas** (tabela III), onde foram encontradas 5 respostas (14,28%). Os alunos explicam como o médico deve realizar a promoção à saúde:

“ Realizando medicina preventiva.” (Q34)

“ Divulgando medidas de medicina preventiva, hábitos de higiene, noções de alimentação correta.” (Q26)

“ Principalmente na preocupação com a prevenção de doenças.” (Q31)

Da mesma forma, o atendimento aos doentes é incluído como medida de promoção à saúde, agora revelando-se também como ação isolada, na categoria

Tratamento / atendimento aos doentes:

“ Procurar entender o mecanismo fisiopatológico das doenças procurando intervir nestes. Se não for possível, procurar dar um conforto ao paciente. De uma maneira geral, seguindo a definição dos primórdios da prática médica: médico é aquele que cuida.” (Q17)

“ Atendendo os pacientes da melhor forma possível.” (Q7)

“ Através de seu empenho e sua dedicação para com os pacientes, respeitando os seus direitos e no correto tratamento e atendimento deste paciente.” (Q6)

A educação e orientação da população ou dos pacientes, que aparecia associada basicamente à prevenção nas respostas à primeira pergunta surge, agora, como ação única de promoção à saúde em 2 respostas (5,7%), na categoria

Educação / orientação:

“ O médico acima de tudo é educador e tem como dever promover a medicina em uma ação primária e secundária.” (Q33)

“ Orientando, informando e também fiscalizando.” (Q23)

Nove alunos (25,7%) dão ênfase à educação em paralelo com a prevenção (categoria **Prevenção + educação**) :

“ O médico deve ensinar aos pacientes noções de higiene, a importância da realização dos exames, alimentação correta, etc.” (Q27)

“ Educando os seus pacientes para prevenção.” (Q10)

“ No mínimo explicar ao paciente qual seu problema e fatores que devem ser evitados em relação à sua manutenção de saúde e fatores que devem se tornar hábito para a sua melhoria de vida.” (Q11)

O tratamento ou atendimento aos doentes em conjunto com outras intervenções está presente em 11 respostas (soma de 3 categorias). Constatou-se a presença de prevenção aliada a tratamento em 20% das respostas (categoria **Prevenção + tratamento**) :

“ Atuar na prevenção e tratamento dos males da saúde coletivamente ou de maneira individual com cada paciente.” (Q4)

“ Cuidando das doenças, com tratamento, mas também prevenção. Sempre analisando o indivíduo como um todo e o contexto que vive.” (Q3)

“ Orientando os pacientes quanto às prevenções, alimentação, vacinas, etc e também auxiliando no tratamento das enfermidades, realizando procedimentos para curar também.” (Q14)

Observou-se uma resposta (2,85%) com enfoque à **educação e ao tratamento**:

“ Através do correto repasse de informações e realização de exames complementares.” (Q17)

As respostas enquadradas na categoria **Medidas mais amplas** são demonstradas por 2 estudantes (5,7%):

“ É papel do médico e se faz à medida que o mesmo se preocupa em melhorar a qualidade de vida de seu paciente tentando vê-lo como um todo, um ser humano que possui uma psique e um papel social que não pode ser ignorado.” (Q1)

“ As ações do médico, quer sejam aquelas realizadas dentro do consultório, ou aquelas exercidas de maneira mais ampla, quando o médico assume cargos políticos ou de direção, devem se destinar à promoção da saúde. O papel do médico não deve ser apenas curativo, mais importante é impedir a instalação das doenças.” (Q5)

Três respostas (8,57%) contiveram **medidas mais amplas, mas não muito claras**:

“ É seu papel (do médico) atuar junto à comunidade para prevenir agravos à saúde e procurar reestabelecê-la quando estiver prejudicada.” (Q18)

“ Exercendo e aprimorando a relação médico-paciente, denunciando o errado, poder ir a comunidades.” (Q21)

“ Atuando de forma a exercer papel ativo na comunidade / sociedade onde vive, de modo que possa melhorar, auxiliar e desenvolver o meio para melhorar a qualidade de vida da população.” (Q15)

Houve 4 respostas confusas ou pouco explicativas, classificadas na categoria **Respostas pouco claras** (11,42%):

“ Cabe ao médico promovê-la e ajudar a torná-la acessível a todas as pessoas.” (Q2)

“ Existem inúmeras maneiras, as quais são impossíveis de descrever em tão pouco espaço.” (Q35)

“ O médico exerce um papel fundamental na promoção da saúde, pois é a partir dele que devem surgir as iniciativas e conhecimento”. (Q9)

“ Sim, mas é essencial que esse tenha auxílio para poder colocar em prática seus anseios.” (Q16)

A **qualidade de vida** não foi citada como fator isolado de promoção à saúde na segunda pergunta, sendo ressaltada em conjunto com outras medidas apenas por um aluno, embora tenha sido referida em 28,5% das respostas à primeira pergunta. Constatou-se, então, que apesar da redundância existente entre as duas perguntas, muitos estudantes não mantiveram suas opiniões. A tabela IV revela as contradições presentes entre as respostas à primeira e à segunda pergunta.

Tabela IV: Comparação entre as respostas de um mesmo aluno às perguntas:
1ª) O que você entende por promoção à saúde ? 2ª) É papel do médico realizar promoção à saúde? Como?

1ª pergunta	2ª pergunta	Nº de respostas
Qualidade de vida	Prevenção + tratamento	02
Qualidade de vida	Tratamento	01
Qualidade de vida	Prevenção + educação	01
Qualidade de vida	Ampla, mas não muito clara	01
Qualidade de vida	Não se enquadra	01
Qualidade de vida + atendimento	Tratamento	01
Prevenção	Tratamento	01
Prevenção	Educação + tratamento	01
Prevenção	Prevenção + tratamento	01
Prevenção	Educação	01
Prevenção	Mais ampla	01
Prevenção + atendimento	Prevenção	02
Prevenção + qualidade de vida	Prevenção + tratamento	01
Prevenção + Qualidade de vida + atendimento	Educação	01
Prevenção + Qualidade de vida + atendimento	Prevenção + educação	01
Total		17

Percebe-se que 10 alunos que ressaltaram a qualidade de vida na primeira pergunta passaram a falar de prevenção (aliada ou não à educação) e tratamento na segunda. Isto nos dá a idéia de que os estudantes, apesar de lembrarem da importância de se conquistar o bem-estar geral para a promoção à saúde, ao serem questionados sobre o papel do médico não concebem um trabalho mais amplo, onde haja intervenção para a melhoria da qualidade de vida da população.

A **prevenção de doenças**, que aparecia em 16 respostas na tabela I (soma de 2 categorias), é observada, na tabela III, em 13 respostas (soma de 2 categorias, onde excluiu-se a que abordou simultaneamente tratamento). A tabela IV mostra a migração das respostas.

Já a **atenção ao doente**, incluída por 7 alunos nas respostas à primeira pergunta (na tabela I), é revelada por 11 alunos nas respostas à segunda (tabela III). Isto reforça a idéia de que, ao se falar nas funções do médico, mesmo mencionando promoção à saúde, há uma forte tendência ao direcionamento para o tratamento dos pacientes.

Ao contrário do que se esperava, as respostas à segunda pergunta deixaram de abordar a promoção à saúde de forma mais completa e muitas vezes limitaram-se ao atendimento aos doentes. Somente 2 respostas evoluíram para medidas mais amplas (tabela IV).

Quanto à terceira pergunta – Qual é o seu entendimento do que é saúde – constatou-se que grande parte dos alunos (40%) se deteve ao conceito da OMS (Organização Mundial de Saúde), o que revela o quanto este conceito está arraigado entre os estudantes de medicina (tabela V):

“Saúde é o bem-estar físico, mental e social.” (Q9)

“É a promoção do bem-estar físico, psíquico e social do indivíduo.” (Q4)

“Bem-estar biopsicossocial.” (Q7)

“Bem-estar físico, mental e social.” (Q22)

Tabela V: Distribuição em categorias das respostas dos alunos à pergunta:
Qual é o seu entendimento do que é saúde ?

Categoria	Nº	%
OMS	14	40,00%
Só físico e emocional	13	37,14%
Conceito mais amplo	3	8,57%
Não se enquadra	5	14,28%
Total	35	100,00%

Apesar do conceito da OMS estar tão fortemente presente nas mentes dos estudantes de medicina a ponto de ser referido automaticamente, incluindo sempre a variável social, quando se questionou sobre promoção à saúde apenas um aluno lembrou da sociedade. Todos os outros 13 alunos que citaram o conceito da OMS não falaram de aspectos sociais na abordagem à promoção à saúde, restringindo-se, a maioria, a medidas preventivas e, alguns, à atenção ao doente. Esta contradição pode ter ocorrido realmente porque o conceito da OMS está inserido em seu discurso mas não corresponde ao que verdadeiramente eles acreditam ou fazem na prática. Quando o questionário foi elaborado, já se imaginava que isso ocorreria, e por isso pensou-se em abordar o tema de outra maneira, propondo situações práticas aos alunos, como um caso clínico ou preparar uma aula sobre determinado tema (SIDA, infarto agudo do miocárdio), onde seria possível caracterizar o tipo de atitude tomada pelo estudante (se leva em conta fatores sociais, econômicos, psicológicos, ou se limita-se a aspectos biológicos e ao tratamento da doença). Porém, o caso clínico foi abandonado porque poderia induzir as respostas por revelar condições relevantes do paciente (familiares, psicológicas, financeiras) sobre as quais provavelmente os alunos

estariam direcionados a atuar. Em relação ao preparo da aula, chegou-se à conclusão de que esta, por abordar uma doença, e não a saúde, não necessariamente despertaria atitudes de promoção à saúde.

Praticamente o mesmo número de alunos (37,14%) deixou de lado os aspectos sociais do conceito da OMS, citando **somente fatores biológicos e emocionais**:

“ Bem-estar físico e mental das pessoas. ” (Q23)

“ É o estado de bem-estar biológico e psíquico. ” (Q31)

“ É um estado de equilíbrio orgânico e psicológico. ” (Q20)

“ Saúde é o bom funcionamento do corpo e da mente. ” (Q24)

Percebe-se, mais uma vez, a supressão da causação social no entendimento do processo saúde-doença.

Somente 3 alunos (8,57%) demonstraram um entendimento **mais amplo** de saúde:

“ Além de ser ausência de doença, saúde é qualidade de vida, alimentação, higiene, habitação, tudo que faz uma pessoa viver bem, como um bom emprego. Sem contar o amor ... ” (Q14)

“ Qualidade de vida, alimentação, lazer, habitação, atendimento médico gratuito, empregos, equilíbrio físico e mental. ” (Q28)

“ Saúde é o equilíbrio de corpo e mente, onde o indivíduo está em perfeitas condições sociais, econômica, orgânica e psíquica. ” (Q3)

Não foi possível enquadrar 5 respostas (14,28%) nas categorias anteriores:

“ É uma pessoa manter sua vitalidade, de acordo com a idade. ” (Q29)

“ É o bem-estar do indivíduo consigo mesmo e com a sociedade. ” (Q21)

“ Saúde é a homeostase do organismo, é a perfeita integração dos sistemas orgânicos com o meio ambiente que o circunda. ” (Q26)

Uma delas, apesar da possibilidade de uma concepção mais completa, não respondeu à pergunta:

“ Conhecimento amplo e difícil de colocá-lo em tão poucas linhas.” (Q35)

Algo que não se esperava encontrar foi um número significativo de alunos (37,14%) que deram ênfase ao **indivíduo**, excluindo o valor da participação **social e comunitária** para a conquista da saúde (tabela VI):

“ É a promoção do bem-estar físico, psíquico e social do indivíduo.” (Q4)

“ Saúde é o indivíduo estar bem a nível físico-psíquico-social.” (Q32)

Tabela VI: Aspectos enfatizados pelos alunos nas respostas à pergunta: Qual é o seu entendimento do que é saúde ?, não caracterizados na tabela V.

Categoria	Nº	%
Ênfase ao indivíduo	13	37,14%
Equilíbrio	07	20,00%

Outro aspecto enfatizado foi o **equilíbrio**, sendo, na maioria das vezes, ora físico e mental, ora ligado ao conceito da OMS:

“ É o equilíbrio do ser humano em seu lado físico, psíquico e social.” (Q12)

“ Saúde é uma situação onde há equilíbrio entre corpo e mente.” (Q16)

A ênfase dada ao indivíduo é provavelmente fruto do modelo biomédico flexneriano, que prioriza o fator individual das doenças, em detrimento da coletividade, não havendo preocupação com temas como Saúde Pública, Medicina Social e Saúde Comunitária para a formação do médico. Tampouco se observam, nos currículos médicos que seguem este modelo, disciplinas de áreas de tangência com a medicina, como psicologia, sociologia e antropologia. ¹⁰

“Esta lacuna de conhecimentos frente à crescente complexidade de nossas sociedades, dá como resultado a formação de profissionais inaptos em maior ou menor grau, com conseqüências negativas tanto para a sociedade e a vida de seus pacientes, quanto para sua vida familiar e profissional.” (OPS/FEPAFEM apud CUTOLO, 2001)¹⁵

Mesmo dentre os formuladores da promoção à saúde, persiste ainda um segmento com uma prática centrada quase exclusivamente na transformação de condutas **individuais**, focalizando os **estilos de vida** e com atividades de promoção à saúde concentradas em componentes **educativos**, relacionados a modificação de hábitos. Nesta abordagem, ficariam fora do âmbito da promoção à saúde todos os fatores que estivessem fora do controle dos indivíduos.³

A corrente da medicina social ou saúde coletiva, apesar disso, parte do pressuposto de que é generalizado o reconhecimento de que o processo saúde-doença guarda uma vinculação estreita com a sociedade e que o melhoramento das condições de saúde da população requer algo mais que a simples intervenção médica e envolve mudanças sociais. (OPAS/OMS, 1994)¹⁶

Segundo Fleck¹⁷, o princípio do conhecimento máximo é aquele que incorpora todos os outros conhecimentos. Assim, o melhor conceito de saúde é aquele que engloba as concepções biológica, multicausal e social. Da mesma forma, deve abranger não apenas o indivíduo, mas a coletividade.

A exclusão da sociedade no entendimento do processo saúde-doença é sustentada pelo hospitalocentrismo presente nas escolas médicas, herança do modelo flexneriano. A instituição hospitalar é a base onde as aulas práticas são desenvolvidas, apesar das recomendações da Associação Médica Brasileira para que seja dada ênfase à atenção primária da saúde desenvolvida em postos de saúde.¹⁰

O modelo flexneriano continua hegemônico porque sua proposta se articula coerentemente com as exigências à atenção médica requeridas pelo desenvolvimento da industrialização¹⁶, constituindo o que se chama de complexo médico-industrial. Assim, a preocupação da medicina dominante não é a busca de uma nova concepção do processo saúde-doença, mas a racionalização da intervenção e otimização dos recursos¹⁶, como recomendam as idéias neoliberalistas do Banco Mundial. (WORLD BANK, 1993)¹⁸

A formação médica atual no Brasil é, então, pauteada pelas propostas do complexo médico-industrial e por outras duas forças antagônicas:

“ Por um lado, a proposta do movimento sanitário brasileiro de lutar pelo resgate humanista da prática profissional (...) E, por outro lado, as propostas do Banco Mundial para que os países gastem menos com práticas de saúde...”
(DA ROS, 2000, p.5)¹

Faz-se necessária a reformulação do entendimento do processo saúde-doença, capaz de modificar a prática e os currículos médicos. Mas, acima de tudo, a medicina deve se desvencilhar das exigências neoliberalistas decorrentes da crescente industrialização, pois só assim terá autonomia para realmente colocar em prática aquilo que idealiza.

5. CONCLUSÕES

A promoção à saúde, como se entende nos últimos 25 anos, representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam a população. Este termo está associado a um conjunto de valores: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e ação conjunta, entre outros. Refere-se também a uma combinação de estratégias: ações do Estado, da comunidade, de indivíduos, do sistema de saúde e ações conjuntas intersetoriais.

A análise das concepções de saúde e promoção à saúde dos acadêmicos da 9ª fase de medicina da UFSC revela que :

- Confundem promoção à saúde com prevenção de doenças;
- Acreditam, muitas vezes, que o papel do médico na promoção à saúde se restringe ao atendimento dos doentes;
- Excluem a sociedade do processo de construção da saúde, enfocando o indivíduo;
- Não concebem a existência de outros profissionais, além do médico, capazes de promover saúde;
- Reproduzem conceitos decorados (o conceito de saúde da OMS).

Considerando os achados e as discussões feitas, conclui-se que os acadêmicos da 9ª fase de medicina da UFSC pouco sabem sobre promoção à saúde até este momento, o que sugere que não há preocupação, por parte da equipe docente, em explorar uma visão mais ampla do processo saúde-doença, até este período do curso. Deve haver mudanças, portanto, no processo de formação do pensamento médico, as quais devem incluir a reformulação do

entendimento de saúde, que deve ser compreendida em seu sentido mais abrangente.

Outras conclusões levantadas dizem respeito ao limite da pesquisa, já que esta incluiu apenas 35 alunos; poucas foram as perguntas, as quais podem ter gerado interpretação diferente da desejada; além disso, não foram utilizados parâmetros de comparação com outros estudos que possam ter realizado investigações semelhantes.

A hipótese de que é a partir do Internato em Saúde Coletiva, na 10ª fase do curso, que se inicia, com maior intensidade, a discussão sobre promoção à saúde, está presente também em um outro estudo. CRIVELLI (1998)¹⁹ realizou a primeira avaliação do Internato em Saúde Coletiva, mostrando que este prioriza o raciocínio clínico, preventivo e a **promoção à saúde**, defende a determinação **social** do processo saúde-doença e apresenta atividades em consultório e **extraconsultório**.

Resta saber se esta nova visão presente no Internato em Saúde Coletiva conseguirá sensibilizar os estudantes e modificar seu estilo de pensamento¹⁷, já que surge em uma fase tão tardia do curso, quando a coerção do pensamento¹⁷ já se estabeleceu baseada, em sua maior parte, em concepções biologicistas.

Talvez uma continuidade da pesquisa, sendo aplicada novamente na mesma turma após o Internato, permita verificar se realmente aquele consegue mudar conceitos.

6. REFERÊNCIAS

1. Da Ros, MA. Estilo de pensamento em saúde pública: um estudo da produção da FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck. Tese de Doutorado em Educação e Ciência. Florianópolis: CED, UFSC, 2000. 207p.
2. NESCO - Revista Espaço para Saúde. Íntegra do Relatório Final da CNS: Revista do NESCO, ano 1 nº 0, Curitiba.
3. OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud). Desafios para la Educación en Salud Pública – La Reforma Sectorial y Las Funciones Esenciales de Salud Pública. 1ªed. Washington, 2000.
4. Lavras, C. Entrevista in: Revista Promoção da Saúde, 2000; ano1, (4): 5.
5. Cartaz da Cooperativa Central de Reforma Agrária de Santa Catarina. Convênio SINE/FAPEU/CCA - SC.
6. Lotufo, T. Luta vencida. Revista ISTOÉ, 1999; (1543): 118-24.
7. Waitzkin, H. Uma visão marxista sobre atendimento médico. São Paulo: Avante; 1980.
8. Feuerwerker, LCM. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1998.
9. OPS (Organización Panamericana de la Salud). Principios basicos para el desarrollo de la educación medica en la America Latina y Caribe. Revista Educación Medica y Salud, 1976; 10(2): 109-39.
10. Cutolo, LRA. Estilo de pensamento em educação médica: um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC. Tese de Doutorado em Educação. Florianópolis: CED/UFSC, 2001. 208p.

11. Rosen, G. Da polícia médica à medicina social. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
12. Barata, RCB. A historicidade do conceito de causa. In: Textos de Apoio – Epidemiologia I. rio de Janeiro: ABRASCO, 1985, p.13-27.
13. Santos, JO. Filosofia da educação médica. Revista Brasileira de Educação Médica. 1986; 10(2): 82-6.
14. Minayo, MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 11ªed. Petrópolis: Vozes, 1999.
15. OPS/FEPAFEM (Organización Panamericana de la Salud / Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina). Los cambios de la profesion medica y su influencia sobre la educación medica. Revista Educación Medica y Salud, 1994: 28(1): 125-38.
16. Rodrigues, MI. Lo biologico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud. OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud). Washington, 1994.
17. Fleck, Ludwik. La génesis y el desarrollo de un hecho científico. Madrid: Alianza Editorial, 1986.
18. World Bank. World development report. 1993.
19. Crivelli, AP. Avaliação do internato médico em saúde coletiva (98/1). Trabalho de Conclusão do Curso de Medicina. Florianópolis: CCS/UFSC, 1998.

RESUMO

O presente estudo pretende analisar as concepções de “saúde” e “promoção à saúde” dos estudantes da 9ª fase de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, contribuindo para um melhor entendimento do processo de formação do pensamento médico. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada a partir de um questionário aplicado aos alunos, contendo as seguintes perguntas: 1) O que você entende por promoção à saúde? 2) É papel do médico realizar promoção à saúde? Como? 3) Qual é o seu entendimento do que é saúde? A análise das respostas revelou que os estudantes confundem promoção à saúde com prevenção de doenças; acreditam que o papel do médico se restringe ao atendimento dos doentes; excluem a sociedade do processo de construção da saúde, enfocando o indivíduo; não concebem a existência de outros profissionais, além do médico, capazes de promover saúde; e reproduzem conceitos decorados (o conceito de saúde da OMS). A partir dos resultados obtidos, conclui-se que pouco sabem os estudantes de medicina sobre promoção à saúde até este momento, o que sugere que não há preocupação no currículo em explorar uma visão mais ampla do processo saúde-doença, até esta fase do curso. Há necessidade de uma reformulação da concepção de saúde nos cursos de medicina, capaz de modificar o processo de formação do pensamento médico, devendo se inserir o mais precocemente possível dentro do curso.

SUMMARY

The present study intends to analyze the conceptions of "health" and "health promotion" of students in the 9th period of medicine at the Federal University of Santa Catarina (UFSC), thereby contributing to a better understanding of the process of formation of medical thought. It is a qualitative research accomplished by starting with a questionnaire applied to the students containing the following questions: 1) What do you understand by health promotion? 2) Is the doctor's role to carry out health promotion? How? 3) What is your understanding of health? The analysis of the answers revealed that the students confuse health promotion with disease prevention; they believe that the doctor's role is limited to the care of his patients; they exclude society from the process of health promotion, focusing on the individual; they don't conceive the existence of other professionals, besides the doctor, capable of health promotion; and they reproduce decorated concepts (the concept of health of the OMS). With the results obtained, it may be concluded that little is known by the medicine students concerning health promotion up to this point, which suggests that are no prior concerns during the curriculum to explore a wider vision of the health-conception of health in our courses of medicine, able to modify the process of medical thought, having to introduce the most precocious possible in the course.

**TCC
UFSC
SP
0039**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC SP 0039

Autor: Waltrick, Cristian

Título: Concepções de saúde e promoção à



972809998

Ac. 254117

Ex.1 UFSC BSCCSM